RÉPONSE

A CETTE QUESTION :

LES HERNIES INGUINALES ET CRURALES QUI PEUVENT ÊTRE RÉDUITES, SONT-ELLES SUSCEPTIBLES D'UNE GUÉRISON RADICALE ?

/PAS
61842/P

LYON. IMP. DE DUMOULIN ET RONET,
Quai Saint-Antoine, 33.

RÉPONSE

A CETTE QUESTION :

LES HERNIES INGUINALES ET CRURALES QUI PEUVENT ÊTRE RÉDUITES, SONT-ELLES SUSCEPTIBLES D'UNE GUÉRISON RADICALE ?

Mémoire

QUI A OBTENU

LA PREMIÈRE MENTION HONORABLE

AU CONCOURS OUVERT EN 1839,

par la

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE TOULOUSE,

Par R. Pasquier,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Ex-médecin de l'hospice de l'Antiquaille, membre de la Société de Médecine de Lyon, correspondant de l'Académie de Dijon, de la Société Hufelandienne de Berlin, de celle des Sciences naturelles et médicales de Bruxelles, des Sociétés de Médecine de Toulouse, de Leïpsig, d'Hoffembourg et du canton de Zurich.

PARIS,

GERMER BAILLIÈRE, | J.-B. BAILLIÈRE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

LYON,

CH. SAVY, LIBRAIRE, QUAI DES CÉLESTINS, 48.

1839.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30388788

RÉPONSE

A CETTE QUESTION :

LES HERNIES INGUINALES ET CRURALES QUI PEUVENT ÊTRE RÉDUITES, SONT-ELLES SUSCEPTIBLES D'UNE GUÉRISON RADICALE?

MEMOIRE

QUI A OBTENU

LA PREMIÈRE MENTION HONORABLE

AU CONCOURS OUVERT EN 1839,

par la

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. (1)

Sint pauca sed certa.

Les médecins se livrent aujourd'hui à l'étude, avec un esprit d'indépendance, qui peut conduire à quelques résultats heureux ; mais pour atteindre le but désirable, il faut apporter aux recherches pathologiques, un grand amour pour l'étude et beaucoup de bonne foi.

(1) La Société royale de Médecine de Toulouse avait proposé cette question : Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites, sont-elles susceptibles d'une guérison radicale? Dans l'af-

Il est bien de ne pas se vouer aveuglément à un système, mais il ne faut pas repousser systématiquement une théorie qui est avouée par l'expérience.

Ne semble-t-il pas que quelques écrivains modernes ont en perspective l'envie de se faire connaître, plutôt que l'amour réel de la science? N'est-on pas aussi généralement, aujourd'hui, injuste envers nos prédécesseurs?

Pour marcher dans la véritable route du progrès, il faut comparer les travaux de ceux qui nous ont devancés avec ceux de nos contemporains, et tenir à chacun un compte fidèle de ce qu'il a fait ou observé. Cette opération de l'esprit, qui réclame de l'érudition et un jugement exercé, n'exige pas néanmoins un asservissement scrupuleux aux règles de l'école.

firmative, quels sont les meilleurs procédés pour obtenir cette guérison?

Parmi les mémoires qui ont concouru, aucun n'a reçu le prix, trois de ces mémoires ont cependant été distingués; dans ce nombre, celui-ci a obtenu la première mention honorable. La Société, tout en approuvant mes conclusions, aurait désiré un plus grand nombre d'observations et des discussions plus longues sur la valeur de chaque méthode. (Voir le procès-verbal de la séance publique de cette Société, du 9 mai 1839, imprimé à Toulouse par Douladour).

Pour apprécier l'état et les progrès des sciences naturelles, il faut surtout deux choses, l'expérience et le jugement. Une époque d'observation ne suffit pas à un médecin; chaque climat a ses maladies, chaque siècle a ses épidémies : c'est pour cela que l'expérience d'autrui doit d'abord être mise à contribution. L'observation et le temps sont ensuite nécessaires pour développer le jugement.

Une méthode curative, surtout dans les cas dont nous allons traiter, ne mérite une entière confiance, que lorsqu'elle peut compter en sa faveur un certain nombre de succès qui se soient soutenus de manière à prouver des réussites. Plusieurs méthodes ont été proposées et employées avec des apparences de succès, contre les hernies réductibles, mais aucune n'a eu des succès assez durables et assez constants pour mériter une confiance entière (1). C'est ainsi que je crois pouvoir formuler, par avance, mon opinion sur la question proposée; opinion que je vais essayer de justifier dans le cours de ce travail.

(1) Un jugement de ce genre ne peut pas être absolu, il n'est que relatif, c'est-à-dire qu'il se rapporte à la majorité des cas.

Quelque sévère que soit le jugement que je prends à tâche de développer ici, je chercherai à être impartial ; j'éviterai surtout de nous flatter d'un résultat auquel nous sommes loin encore d'être parvenus. L'esprit humain a des limites étroites, moi le premier je comprends ma faiblesse et je sens le besoin de réclamer l'indulgence.

De tous les temps les hommes ont dû être exposés aux hernies; cette infirmité a donc dû être étudiée par les auteurs les plus anciens. Il paraît en effet, comme nous aurons l'occasion de le voir, dans le cours de ce travail, que les Romains (1) et les peuples plus anciens encore ont cherché des remèdes pour la guérir.

L'élan naturel des esprits vers le mieux, l'envie de tout perfectionner, si remarquables

(1) Celse, *De re medica*, lib. VII, § XIV.

dans notre siècle, ont dû s'exercer sur cette partie de la chirurgie, mieux encore que sur toute autre; en effet, quoique trop souvent la proie du charlatanisme ou d'un aveugle empirisme, le traitement des hernies réductibles a été aussi l'objet des méditations de quelques médecins et chirurgiens distingués.

Il n'entre pas dans notre plan de faire un long exposé de leurs travaux; toutefois cette question étant essentiellement pratique, nous croyons que c'est surtout en jetant un coup-d'œil impartial sur les principales méthodes qui ont été mises en pratique, et sur leurs résultats, que nous arriverons à répondre à la question proposée.

Ces preuves, qui sembleraient suffisantes, ne sont pas les seules que nous ayons à produire; les opinions des auteurs les plus célèbres et les théories les plus exactes viendront encore concourir à mettre dans le plus grand jour, l'insuffisance des moyens proposés pour la cure radicale des hernies crurales et inguinales susceptibles de réduction.

Première Partie.

Résultat des moyens curatifs, question étudiée sous le rapport pratique.

Rien ne semble plus facile, au premier abord, que d'imaginer le moyen de guérir une hernie réductible (je veux parler seulement d'une hernie inguinale ou crurale). Maintenir la hernie réduite, et obtenir par une inflammation adhésive, le rapprochement des parois de l'anneau ou bien le développement d'un tissu obturateur quelconque, voilà les idées qui se présentent et qui ont suggéré une foule de moyens, parmi lesquels nous distinguerons ceux qui se sont le plus rapprochés, selon nous, d'une sage thérapeutique et ceux qui ont joui de plus de célébrité. Nous diviserons ces moyens en deux classes, savoir :

1° Moyens opératoires tels que sutures, excisions et cautérisations, pratiquées dans le

but d'obtenir une inflammation adhésive, ou l'oblitération de l'ouverture qui donne passage à la hernie;

2° Topiques irritants et astringents, aidés ou non de la compression, mis en usage pour obtenir le même résultat. Dans ce chapitre je rangerai spécialement le procédé de M. Baumon et celui de M. Malgaigue.

§ 1.

Les principaux moyens opératoires qui ont été proposés ou mis en usage contre les hernies inguinales et crurales susceptibles de réduction sont, la castration, la suture royale, le point doré, la cautérisation, l'opération de la hernie, le moyen proposé par M. Belmas, celui de M. Gerdy, la suture de M. Bonnet, et celle de M. Mayor, qui ne diffère que très-peu de la précédente.

La castration paraît n'avoir été employée que par les empiriques; cependant Paul d'Ægine en a donné la description (1). Elle consistait en une ligature qui comprenait toutes

(1) Voir Paul d'Ægine, livre VI, chap. LXV.

les parties qui traversent l'anneau inguinal, et avait pour but d'établir à l'endroit de l'anneau une cicatrice qui empêchât les parties de se déplacer. Souvent ses suites étaient graves, et dans tous les cas elles privaient d'un organe important, dans le but de guérir d'une maladie qui ne présente elle-même aucun danger. D'après Sabatier (1), la castration se pratiquait encore en France vers la fin du siècle dernier, mais il est probable qu'elle ne s'y pratique plus aujourd'hui.

La suture royale consistait à mettre à découvert le sac herniaire par une incision longitudinale, et à pratiquer une suture qui ne devait comprendre aucun des vaisseaux importants : l'on coupait ensuite avec des ciseaux ce qui était au-dessus de la suture. Cette opération présentait tous les dangers de l'opération ordinaire de la hernie, et d'après Sabatier, les résultats en étaient incertains et les suites ordinairement fâcheuses.

Le point doré était la ligature du sac herniaire, dans laquelle le cordon n'était pas compris. Pour cela l'on mettait le sac à dé-

(1) Voir *La Médecine opératoire*, de Sabatier, t. 1.

couvert, par une incision préalable. La ligature se faisait avec un fil de métal, qui finissait par couper les parties comprises dans l'anse de cette ligature. Pigrai assure que cette opération ne se pratiquait jamais sans être suivie d'accidents graves.

La cautérisation paraît avoir été pratiquée avec quelque espèce d'avantage. Elle se faisait sur le col du sac et sur les points de l'anneau correspondants. Ordinairement elle consistait en une brûlure avec un fer chaud, qui traversait d'abord les téguments et arrivait ensuite sur le point essentiel à cautériser. Fabrice d'Aqua-Pendente décrit très-minutieusement cette opération, dans ses œuvres chirurgicales (1). Quelquefois aussi l'on se servait du caustique. Al. Monro, professeur d'anatomie à Edimbourg, voulait que l'on mît d'abord l'anneau à découvert, puis que l'on portât le caustique sur le col du sac herniaire. Mais tout en proposant ce mode opératoire, il avouait que l'opération présentait par elle-même des dangers, et comptait de nombreux insuccès. Il pensait que dans tous les cas le

(1) Voir les œuvres de Fabrice d'Aqua-Pendente. Paris, 1670.

malade devait porter le bandage constamment après l'opération, pour soutenir la cicatrice. Bordenave, dans un mémoire inséré parmi ceux de l'Académie royale de Chirurgie, fit une critique savante d'un travail de Maget, rédigé en faveur de cette méthode. Bordenave démontra que le caustique a souvent produit la perforation de l'intestin et d'autres accidents mortels.

Jean-Louis Petit accordait quelque confiance à la méthode qui consistait à pratiquer, contre les hernies réductibles, la même opération que celle que l'on pratique contre les hernies étranglées. Cette idée, qui paraît avoir été conçue bien long-temps auparavant ce chirurgien célèbre, était née des résultats qui s'obtiennent de l'opération pratiquée dans les cas d'étranglement des hernies; mais les choses n'étant pas dans le même état alors que la hernie est susceptible de réduction, il s'en suit qu'il est téméraire de soumettre le malade aux mêmes dangers : il y a plus, les chances de succès ne sont pas même égales. Les cas de mort, à la suite de l'opération de la hernie,

(1) Voir les *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie.*

pratiquée dans le but de guérir les hernies réductibles, sont tellement nombreux, que Jean-Louis Petit, qui a fait trois fois cette tentative, a perdu deux de ses malades. Leblanc (1), qui a pratiqué la même opération, dans les mêmes circonstances, fut plus heureux, il est vrai, que J.-L. Petit. Leblanc attribue ses succès à ce qu'il se bornait à dilater l'anneau sans l'inciser. Dans tous les cas, cette opération est complètement rejetée aujourd'hui, pour les hernies susceptibles de réduction.

Les diverses méthodes dont je viens de parler étant rejetées aujourd'hui comme dangereuses ou comme insuffisantes, il est inutile d'entrer dans de plus longues discussions à leur sujet. Une foule de raisons doivent en effet nous faire regarder ce jugement du temps comme sans appel; telles que les douleurs qu'elles causent, les dangers qu'elles font courir et surtout leur peu de réussites, si jamais elles en ont compté de véritables.

Le moyen proposé par M. Belmas consiste à faire une incision à la peau en face de l'anneau, et à obstruer ce dernier après la réduction de la hernie avec un morceau de peau de

baudruche, dans lequel l'on insuffle de l'air. Plus tard, l'auteur de ce procédé ayant eu l'occasion de reconnaître les dangers qu'il faisait courir au patient, a substitué à l'incision, de simples piqûres, par lesquelles il fait pénétrer dans le canal herniaire une substance étrangère, légèrement irritante et propre à développer une inflammation adhésive.

M. Gerdy a proposé de refouler la peau avec le doigt dans l'ouverture herniaire, après que la hernie a été réduite, et d'introduire dans le cul-de-sac qui se présente alors à la place de la hernie, une substance irritante telle que l'ammoniaque liquide, etc., dans le but de procurer une inflammation adhésive.

M. Gerdy veut que lorsque cette première opération a été exécutée, l'on pratique quelques points de suture, pour fixer circulairement la peau contre les bords externes de l'ouverture herniaire (1). Cette méthode a donné lieu, dans le sein de la Société de médecine de Paris, à de sérieuses discussions, desquelles il est résulté que sur trois individus qui auraient

(1) Voir le *Bulletin de thérapeutique* t. 9, et la *Revue Médicale*, année 1829.

été soumis à l'opération de M. Gerdy, un aurait éprouvé des dépôts consécutifs et par suite aurait été gravement malade, un autre aurait vu sa hernie reparaître au bout de peu de temps, et le troisième aurait conservé des chances de guérison pendant plusieurs mois après l'opération; temps toutefois fort insuffisant pour pouvoir donner la certitude d'une cure radicale. J'ai connu un individu qui avait été soumis à l'opération de M. Gerdy, et chez lequel, six mois après l'opération, la hernie avait reparu aussi volumineuse qu'auparavant.

M. Bonnet, aujourd'hui chirurgien-en-chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1836, travaillant à expérimenter les procédés de MM. Dava, Breschet et Velpeau, pour obtenir l'oblitération des veines variqueuses, méthode à laquelle M. Bonnet lui-même a apporté quelques modifications, songea à appliquer le même procédé au traitement des hernies réductibles. L'anatomie pathologique apprend, en effet, que les inflammations adhésives entre les surfaces séreuses s'obtiennent assez facilement; l'on pouvait donc raisonnablement espérer d'obtenir la réunion des surfaces internes du col du sac herniaire. Pour arriver à ce ré-

sultat, la hernie étant soigneusement réduite, l'opérateur traversa en différents endroits les téguments et le col du sac herniaire avec des épingles qu'il riva aux deux extrémités, ayant eu le soin d'introduire une virole de liége sous chaque rivure pour empêcher les déchirures de la peau (1).

L'opération proposée par M. Bonnet est à peu près le point doré, moins l'incision préalable, qui mettait le sac herniaire à découvert. Les premiers essais de cette méthode furent encouragés par des apparences de succès que l'auteur se hâta de publier, autant sans doute pour encourager ses confrères à répéter ses expériences, que pour prendre date. Il ne m'appartient pas de publier des faits qui me sont étrangers; cependant, je crois pouvoir dire que les renseignements que je me suis procurés m'ont appris que les hernies ont reparu plus tard sur la plupart des sujets opérés par M. Bonnet. Ce procédé n'a donc pas répondu aux espérances que son auteur

(1) Le procédé et les observations de M. Bonnet se trouvent consignés dans la plupart des journaux de médecine, à une époque très-rapprochée de l'opération.

s'était cru d'abord en droit de fonder sur lui. Il faut dire aussi que plusieurs des malades opérés par M. Bonnet ont éprouvé des accidents inflammatoires très-intenses. Il est évident, d'ailleurs, que par cette opération l'on est exposé à blesser des viscères dont la lésion serait mortelle, s'il arrivait que la hernie ne fût pas complètement réduite, ce qui serait facile à admettre, surtout pour les cas de hernie de l'épiploon.

M. Mathias Mayor, chirurgien en chef de l'hôpital de Lausanne, dont les écrits sont pleins de génie et d'originalité, a pratiqué l'opération proposée par M. Bonnet, avec les modifications suivantes (1) : 1° il a fait la suture avec un fil ciré au lieu de la faire avec des épingles; 2° il a pratiqué cette suture dans le sens longitudinal du sac, comme on faisait autrefois pour la suture royale, au lieu de la faire transversalement. Le chirurgien de Lausanne pense que M. Bonnet ne doit pas pouvoir comprendre dans sa ligature le sac herniaire, mais seulement les téguments et le tissu cellulaire.

(1) Voir son ouvrage, intitulé : *Nouveau système de déligation.* Paris, 1838, 1 vol. in-8°.

« La ligature du prolongement péritonéal « qui forme le sac herniaire serait mortelle, « dit M. Mayor; d'ailleurs elle est inutile. » Ainsi, ce chirurgien n'a cru lier et n'a cherché à lier que les téguments et le tissu cellulaire distendu, dans le point correspondant à la hernie. Il a même jugé cette opération suffisante pour procurer une cure radicale.

Nous ne saurions admettre, avec M. Mayor, que la suture du sac herniaire soit une opération mortelle, puisque l'expérience même des anciens semble prouver le contraire. Toutefois ce procédé n'est qu'une modification d'une idée première, qui appartient à M. Bonnet, ou plutôt aux anciens.

M. Mayor connaît un chirurgien vétérinaire qui traite avec succès les hernies des chevaux avec cette simple ligature, c'est-à-dire la suture des téguments. M. Devie, vétérinaire à Corbie (département de la Somme), proposa cette opération contre les hernies ombilicales des jeunes chevaux, en 1820 (1). Plusieurs vétérinaires, distingués par leur savoir autant

(1) Voir le *Journal général de Médecine*, rédigé alors par M. Gauthier de Claubry, numéro de janvier 1820.

que par leur expérience, soutiennent que cette opération ne réussit que rarement, et seulement sur les jeunes chevaux. D'ailleurs l'on ne saurait ici établir d'analogie, puisque les dispositions anatomiques et physiologiques ne sont pas les mêmes que chez l'homme. L'on pourrait en dire autant de la ligature qui a été conseillée par Celse et par plusieurs autres auteurs contre les hernies ombilicales, chez l'homme et surtout chez les enfants, qui guérissent toujours presque naturellement, parce qu'elles ne sont pas surmontées d'une masse intestinale qui pèse sur elles comme sur les hernies inguinales et crurales.

§ 2.

Dioscoride (1) et Avicenne appliquaient sur les hernies récentes des cataplasmes, dans lesquels entraient les noix, les feuilles de cyprès et la sabine.

Paul d'Ægine faisait faire des lotions avec une décoction de noix de galle et l'écorce de grenadier, dans le vin.

(2) Voir Dioscoride, lib. I, cap. LXXXVI.

Fabrice d'Aqua-Pendente préconisait plusieurs espèces d'emplâtres agglutinatifs, contenant aussi des substances irritantes et astringentes, telles que l'ammoniaque, etc.

Dionys nous a transmis le procédé du prieur de Cabrière, qui consistait à appliquer sur la hernie l'emplâtre suivant :

Poix noire.	deux livres.
Térébenthine. Cire jaune.	de chaque, quatre onces.

Faites liquéfier sur un feu modéré, passez à travers un linge et ajoutez

Racine de consoude. Mastic en larmes.	de chaque, deux onces.
Terre sigillée. Laudanum. Hipociste.	de chaque, une once et demie.
Noix de cyprès,	une once.

Faites, selon l'art, des magdaléons.

Ce remède eut une si grande vogue, que le gouvernement l'acheta fort cher pour le faire distribuer à tous ceux qui le demandaient. Il est d'ailleurs reproduit dans celui dont nous allons parler, qui nous fournira l'occasion de l'apprécier.

En 1826 M. Baumon, chirurgien herniaire

à Lyon, adressa à la Société de Médecine de cette ville, une lettre par laquelle il lui annonçait qu'il avait découvert le moyen de guérir les hernies inguinales et crurales réductibles. Plusieurs membres de cette compagnie avaient été témoins des premiers succès obtenus par M. Baumon et l'appuyèrent : une commission, dont je fis partie, fut nommée pour suivre de nouvelles expériences.

Un certain nombre de malades fut soumis au traitement de M. Baumon ; au bout de cinq mois de traitement, des hernies volumineuses et même anciennes, existant sur des adultes et même sur des individus un peu avancés en âge, se trouvèrent réduites et contenues ; mais les malades se servaient toujours du bandage, sans lequel, disaient-ils, ils s'apercevaient que leur hernie avait de la tendance à reparaître. M. Baumon disait aussi que chez plusieurs le traitement devait durer jusqu'à deux et trois ans. La commission ne pouvant pas suivre plus long-temps ces expériences, cessa de se réunir et ne prit aucune conclusion.

Voulant cependant continuer quelques expériences et mieux fixer mon opinion sur la valeur de ce moyen thérapeutique, je priai

M. Baumon de se charger du traitement des trois malades dont je vais rapporter l'histoire.

1re *Observation.* M. J., âgé de 46 ans, doué d'une constitution athlétique, au retour d'un long voyage à cheval, éprouvait une hernie inguinale du volume d'un petit œuf, qui rentrait facilement. Il y avait à peine un mois que le malade avait commencé à s'en apercevoir, lorsque je fus consulté ; dès le lendemain il fut soumis au traitement de M. Baumon, qui lui appliqua un bandage de forme ordinaire, mais dont la pelote contenait une substance irritante. Le malade eut d'abord de la peine à supporter l'inflammation et le bandage, ce qui nécessita l'emploi de petits sachets médicamenteux et calmants, qui modifièrent l'action des premiers topiques et rendirent plus tard la compression plus supportable. Au bout de deux mois la hernie ne paraissait plus, et le malade pouvait se passer de bandage.

Cependant M. J... s'apercevant trois mois plus tard, que lorsqu'il se livrait à quelques efforts, la tumeur herniaire tendait à se reproduire, il se décida à reprendre un bandage ordinaire, qu'il porte habituellement depuis cette époque.

2e *Observation.* M. P..., âgé de 48 ans, avait des coliques et d'autres indispositions qui étaient occasionnées par une hernie inguinale du côté droit. Il vint me consulter. Je réduisis facilement cette hernie qui n'avait jamais été contenue. Elle présentait cependant le volume du poing, et tombait jusque dans le scrotum.

Soumis par M. Baumon au même traitement que le malade dont je viens de parler, il éprouva bientôt aussi une douleur et une inflammation assez vive pour nécessiter l'emploi du sachet calmant et modificateur que M. Baumon a l'habitude d'employer dans ce cas. Au bout de trois mois, la hernie contenue ne reparaissait plus, même lorsqu'on sortait le bandage. Le malade se crut guéri; et, de son chef, il quitta l'appareil sans cesser de se livrer à l'exercice de sa profession qui est très-pénible (celle de teinturier).

Bientôt la tumeur herniaire reparut, et le malade s'étant aperçu que le tan et la noix de galle étaient les principales substances qui agissaient dans la composition de la pelote de M. Baumon, se fit un sachet composé avec ces substances, qu'il porta sous la pelote d'un bandage ordinaire. Il arriva de nouveau aux

premiers résultats qu'il avait obtenus sous la direction du chirurgien bandagiste, et continua seul son traitement avec intelligence. Les résultats qu'il obtint de cette manière, quoique assez satisfaisants, le laissèrent cependant dans une espèce d'appréhension; car, chaque fois qu'il quittait son bandage, il sentait sa hernie avoir une tendance à reparaître, surtout s'il se livrait à quelques exercices pénibles. Aujourd'hui sa position est toujours la même, et pour éviter l'accident qu'il se croit fondé à redouter, il porte constamment un bandage.

3e *Observation.* M. G..., âgé de 30 ans, marchand farinier, avait depuis plusieurs années une hernie inguinale du côté droit, qu'il contenait avec le brayer. Lorsqu'il quittait ce bandage, la hernie tombait, du volume du poing, presque dans le scrotum; elle rentrait facilement. M. G..., qui désirait ardemment trouver le moyen de se guérir, se soumit avec empressement et surtout avec constance aux soins de M. Baumon, qui lui appliqua son traitement. Le patient supporta avec courage une inflammation et des douleurs très-aiguës, déterminées par les topiques irritants. Au bout de quelques mois de traitement, la her-

nie était contenue, et il existait en face de l'anneau inguinal une adhérence de la peau avec le tissu sous-cutané, qui formaient un corps assez épais et calleux, servant de vrai obturateur.

La compression, aidée des topiques astringents, fut continuée pendant plus de dix mois, après lesquels le malade se croyant guéri, renonça à toute espèce de bandage. Mais quelques mois plus tard, se livrant à un de ces grands efforts auxquels sa profession l'expose, il sentit que la tumeur herniaire commençait à reparaître. Dès-lors il reprit le bandage ordinaire, qu'il n'a plus quitté depuis.

Le procédé de M. Baumon était encore pour ceux qui n'avaient pas eu l'occasion d'en suivre l'application, une espèce de mystère, lorsqu'en 1837, il le publia (1). L'auteur cite huit cas de guérisons obtenues par sa méthode, la plupart après un traitement de deux et trois ans.

La méthode de M. Baumon consiste à maintenir la hernie réduite, à exercer une com-

(1) Voir cet ouvrage, intitulé : *Notice sur les hernies et une nouvelle manière de les guérir*, par M. Baumon. Paris, 1837.

pression plus ou moins forte et méthodique sur le point correspondant, à y maintenir l'application d'un topique irritant, propre à déterminer une inflammation adhésive. « Je « me suis souvent borné, dit M. Baumon, à « mettre dans la pelote destinée à contenir la « hernie, une demi-once d'opium brut pul- « vérisé, et une forte pincée de sous-carbo- « nate d'ammoniaque. »

La pelote du bandage de M. Baumon diffère peu par sa forme, de celle du bandage ordinaire; elle se compose de bourre et des poudres irritantes que nous venons d'indiquer. La méthode, ou mieux le procédé de M. Beaumon, qui n'est qu'une ancienne méthode reproduite et perfectionnée, se compose donc de l'application de substances irritantes dont l'action est modifiée suivant les circonstances, combinée judicieusement avec la compression. En effet, son bandage ne se borne pas à contenir la hernie, il agit encore comme irritant, soit par la composition de la pelote, soit par la compression.

Les poudres et les autres substances irritantes dont M. Baumon se sert, peuvent se varier à l'infini. Le plus souvent c'est l'alun,

le sang-dragon, la noix de galle, le tan et les sels neutres. Il compose de petits sachets, dans lesquels entrent ces substances, il les glisse sous la pelote du bandage pour en modifier l'action. Avec ces divers moyens, il va jusqu'à produire un effet analogue à celui du vésicatoire proposé par Mermier.

M. Malgaigne a pensé qu'avec le bandage modifié, l'on pouvait obtenir la cure radicale de la hernie inguinale réductible. Bien convaincu de la nécessité d'obtenir l'oblitération de l'orifice interne du canal herniaire, pensée qui a été développée par A. Cooper comme nous le verrons tout à l'heure, il croit qu'avec une large pelote, appliquée en face de cet orifice, et tout le long du canal inguinal, il peut obtenir une guérison par la réunion des parois. Une expérience assez longue n'est pas encore venue apporter sa sanction à cette méthode, qui d'ailleurs a de la peine à soutenir les objections que le raisonnement lui oppose, comme nous le verrons plus tard.

Il est évident déjà qu'aucune des méthodes que nous venons de citer, n'a procuré des résultats satisfaisants. Pour qu'une méthode opératoire soit admissible, il faut qu'elle s'ap-

puie sur un certain nombre de succès assez constants et assez soutenus, et surtout plus nombreux que les revers. Nous distinguerons cependant les méthodes de MM. Belmas, Gerdy, Bonnet, Baumon et Malgaigne, non qu'elles nous inspirent une parfaite confiance, mais parce qu'elles ont le mérite de la nouveauté, et qu'elles sont dignes d'être l'objet d'une attention spéciale.

La méthode de M. Belmas, telle qu'il vient de la modifier, attend encore la sanction de l'expérience. L'opération proposée par M. Gerdy constitue, selon moi, la méthode la plus complète et la plus ingénieuse : mais, sur trois opérés, elle a présenté deux insuccès complets; l'un des malades a éprouvé des dépôts consécutifs et d'autres accidents graves; celui même que l'on a regardé comme guéri, n'a pas été suivi assez long-temps pour qu'on ait pu s'assurer de la cure radicale. Le moyen proposé par M. Bonnet a donné lieu à des inflammations qui, il est vrai, ont été combattues avec succès, mais qui pourraient être fort graves, s'il arrivait que la suture comprît une portion de l'intestin ou de l'épiploon. Dans tous les cas, cette méthode ne

compte en sa faveur aucun cas de succès bien avéré, et surtout d'un succès durable. Cependant elle est simple et facile à mettre à exécution : peut-être dans quelques cas exceptionnels, peut-elle favoriser une cure radicale que la nature aurait de la tendance à opérer.

La méthode de M. Baumon présente aussi l'inconvénient des récidives ; elle n'obtient pas non plus l'oblitération complète de l'ouverture herniaire, quoique dans les hernies inguinales elle puisse être appliquée jusque près de l'orifice interne du canal herniaire. Peu de malades consentent à se soumettre à toutes ses exigences; car elle réclame des applications et des soins fort long-temps soutenus. Cependant elle procure des douleurs moins vives et des accidents moins redoutables que les précédentes. Elle peut quelquefois concourir à une cure radicale dont, par une prédisposition heureuse, la nature ferait les plus grands frais : dans tous les cas, elle obtient une réduction momentanée des hernies même anciennes et volumineuses, et par sa combinaison facile et heureuse avec le bandage ordinaire, elle améliore assez l'état du malade pour qu'il puisse se passer du bandage pendant la nuit et même dans les mo-

ments du jour où il ne se livre à aucun exercice pénible. Toutefois, cette méthode ne présente des succès ni assez constants ni même assez avérés pour mériter une entière confiance, et pouvoir être conseillée comme un moyen curatif sur lequel l'on puisse compter.

Le procédé de M. Malgaigne, sur lequel toutefois nous ne saurions porter un jugement justifié par l'expérience, ne paraît pas non plus satisfaisant, soit parce qn'il exige la compression du cordon testiculaire, soit surtout parce que la compression exacte du canal inguinal en face de son orifice interne, me semble impossible, comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce mémoire.

Deuxième Partie.

Bandage ou Brayer, question examinée sous le rapport théorique.

Pour se faire une juste idée de la marche et des progrès d'une hernie, il faut se représenter à l'esprit la forme anatomique des parties qui donnent le passage et l'espèce de viscère qui s'échappe. Il est surtout utile de remarquer les altérations qui surviennent d'abord à l'orifice interne de l'arcade crurale et de l'anneau inguinal.

Dans l'état normal, depuis le point le plus profond du canal que traverse l'intestin jusqu'au point de ce même canal, le plus rapproché de la peau, il y a près de deux pouces. Cet espace est singulièrement modifié dans les cas de hernies anciennes. Le canal crural est oblique de haut en bas et un peu d'arrière en avant. Le ligament de Gimbernat, la veine crurale et le ligament de Faloppe, forment les

parties essentielles de ses parois, et viennent contrarier la puissance médicatrice des remèdes, qui seraient propres à établir dans toute l'étendue du canal une inflammation adhésive artificielle.

Le canal inguinal, placé entre l'anneau du grand oblique et celui du facia-transversalis, a plus d'étendue que le canal crural, et comme lui une direction oblique. L'orifice interne du canal inguinal se trouve tout-à-fait dans l'épaisseur des parois abdominales; mais dans le reste de son étendue, il repose sur l'arcade crurale qu'il croise un peu. Il est très-susceptible de dilatation, et peut facilement être déformé par une hernie ancienne, surtout chez l'homme où il est plus large que chez la femme : aussi les hernies inguinales sont-elles plus rares chez cette dernière que chez l'homme.

Dans l'état normal, le canal inguinal est rempli par le cordon testiculaire dont la sensibilité s'oppose à l'emploi de certains moyens, que l'on pourrait diriger dans cet endroit pour guérir les hernies inguinales.

Les hernies inguinales commencent le plus ordinairement à l'endroit où le cordon testiculaire s'engage sous le bord inférieur du

muscle transverse : c'est donc là que se trouve l'orifice interne du canal herniaire : le péritoine présente en cet endroit un petit enfoncement.

Par rapport aux viscères, les hernies d'intestins sont plus faciles à contenir et à guérir que celles de toute autre partie. La hernie crurale est ordinairement épiploïque. L'intestin grêle sort le plus souvent par l'anneau inguinal droit, et le gros intestin ainsi que l'épiploon sortent ordinairement par l'anneau inguinal gauche.

L'on a dit avec raison, que la nature est le premier médecin; en effet, contre la maladie qui nous occupe, comme contre beaucoup d'autres, c'est elle qui joue le premier rôle lorsque la guérison a lieu. L'on sait, en pratique, que les hernies inguinales guérissent presque toujours chez les enfants, par un travail naturel et un effet du développement. La cure des hernies chez les jeunes gens, jusqu'à l'âge de 18 ans, n'est pas rare; elle est en général l'effet du développement : un grand nombre d'auteurs en citent des exemples, tels que Ambroise Paré, Bordenave, Déjean (1). Cet

(1) Déjean, *Traité des hernies*. Paris, 1762.

auteur, plus remarquable, il est vrai, par ses connaissances pratiques que par ses explications théoriques, indique très-bien tout le parti que l'on peut tirer, dans ces cas, des ressources de la nature qui tendent soit à opérer le rapprochement des parois de l'ouverture herniaire, soit à faire développer une substance propre à obstruer cette ouverture, soit enfin à faire naître une inflammation adhésive.

Ambroise Paré, et la plupart des anciens, savaient très-bien aussi que ces inflammations adhésives ne procurent souvent qu'une cure momentanée, qu'un nouvel effort détruit facilement. Or, ils avaient compris, que pour que la cure d'une hernie fût durable et radicale, il fallait obtenir l'oblitération complète et solide du canal herniaire. Ils savaient que la nature travaille quelquefois au développement d'une substance propre à produire cet effet. Ambroise Paré avait constaté le fait sur le cadavre : mais il savait aussi que ces exemples sont rares chez les adultes et chez les vieillards. L'on trouve dans ses œuvres, comme observation très-curieuse et très-exceptionnelle, l'histoire d'un prêtre, chantre à l'église de St-André-

des-Arts, qui fut guéri d'une hernie inguinale par l'usage d'un simple bandage contentif qu'il porta consécutivement pendant six ans, après avoir préalablement renoncé à ses fonctions de chantre. Ambroise Paré ayant appris plus tard la mort de ce prêtre, survenue par une autre cause, sollicita et obtint la permission d'en faire l'ouverture cadavérique ; il reconnut que l'anneau inguinal était complètement fermé par une substance obturatrice développée dans toute l'étendue du canal herniaire (1).

C'est d'après des faits analogues, que l'on explique la guérison des hernies chez quelques individus qui passent d'une grande maigreur à un état d'embonpoint; ce fait a été signalé par plusieurs praticiens. L'expérience a également démontré que certaines hernies ont été guéries par le déplacement d'un viscère, tel que l'utérus, un ovaire, l'épiploon, etc., qui sont venus obstruer d'une manière solide l'ouverture herniaire ou déplacer l'anse intestinale.

Mais pour obtenir l'oblitération qu'un travail naturel développe, il faut ordinairement

(1) Voir les Œuvres d'Ambroise Paré, liv 8, chap. xv.

que la hernie soit contenue constamment exactement réduite, qu'elle ne soit pas trop ancienne et trop volumineuse, et que le sujet ne soit pas trop avancé en âge. Le repos dans le lit serait sans doute le meilleur moyen de faciliter la nature dans cette opération, mais peu d'individus peuvent s'y soumettre avec assez de constance.

Après le repos sur un plan horizontal, vient le bandage contentif qui contient la hernie réduite. Mais la réduction soutenue de cette manière n'est pas assez complète pour empêcher l'intestin de tenir l'orifice interne de l'ouverture herniaire dans un état de dilatation pathologique, et de lutter sans cesse contre les ressources de la nature, qui tendrait sans cela à oblitérer l'orifice interne du canal herniaire comme l'externe.

Il faut cependant avouer, que dans les conditions les plus favorables, le bandage a obtenu la cure radicale de certaines hernies : Ledrau en cite des exemples, ainsi qu'Ambroise Paré. Beaucoup de praticiens pourraient en citer de même; mais ces résultats ne sont pas assez constants pour qu'ils puissent mériter à ce traitement une confiance entière.

Le bandage que propose M. Malgaigne ne me paraît pas plus heureux que les autres; comment, en effet, comprimerait-il d'une manière exacte l'orifice interne de l'anneau inguinal, qui ne repose pas sur un point solide; et une compression sur toute l'étendue du canal, ne doit-elle pas fatiguer le cordon testiculaire?

Sans doute si l'on parvenait à établir une compression telle que l'orifice interne de l'ouverture herniaire fût fermée comme l'est l'externe par le bandage ordinaire, alors la présence continuelle du viscère qui tend à s'échapper, ne serait plus un obstacle à la cure radicale, parce que l'oblitération serait complète.

C'est cette explication très-bien donnée par A. Cooper, qui fait comprendre la véritable cause, jusqu'à ce jour insurmontable, de l'impossibilité dans laquelle nous sommes encore de pouvoir compter sur une cure radicale des hernies réductibles, par les moyens qui sont connus jusqu'à ce jour. En effet, tous ont pour but l'oblitération de l'orifice externe du canal herniaire, et laissent un cul-de-sac dans lequel l'anse intestinale vient se présenter pour

empêcher l'oblitération de l'orifice interne, et s'opposer ainsi au développement d'un tissu assez solide pour opérer une cure radicale. L'anse intestinale, pénétrant toujours dans ce cul-de-sac, rompt facilement toutes les adhérences obtenues par les topiques et les autres moyens proposés.

Le mode opératoire de M. Belmas ne compte certainement pas en sa faveur d'assez nombreuses réussites pour prendre place parmi les moyens curatifs, quels que soit d'ailleurs le mérite de l'auteur et la confiance que l'on doive ajouter aux cas de guérisons qu'il annonce avoir obtenues. Peut-on en effet compter sérieusement sur une inflammation adhésive du canal herniaire, obtenue par l'introduction dans ce canal, de substances irritantes comme du mucilage ou de la gomme desséchée? Pendant ce travail, qu'est-ce qui contiendra la hernie jusqu'à ce que l'adhésion soit complète? Cette fluxion adhésive s'étendra-t-elle jusqu'à l'orifice interne du canal herniaire? Enfin obtiendra-t-on un résultat satisfaisant dans les cas de hernies anciennes, où l'anneau inguinal et l'arcade crurale sont largement dilatés et complètement déformés?

La méthode de M. Bonnet ne procure que l'occlusion fort incomplète de l'orifice externe de l'anneau, comprenant dans sa ligature une portion du sac herniaire. Cette dernière circonstance pourrait toutefois faire naître plusieurs réflexions défavorables au succès; mais j'insisterai seulement sur ce point, qui me paraît important, c'est le défaut d'oblitération de l'orifice interne du canal herniaire, et l'existence du cul-de-sac dont j'ai parlé plus haut, qui facilite les récidives.

En se bornant à comprendre la peau et le tissu cellulaire dans sa ligature, M. Mayor ne doit pas avoir pour résultat une oblitération durable et même suffisante, surtout lorsqu'il s'agit d'une hernie ancienne. Le tissu cellulaire et la peau sont susceptibles d'une grande dilatation, et l'anse intestinale qui ne cesse pas ses efforts contre ces surfaces, si elle ne rompt pas les nouvelles adhérences, ne doit pas tarder à se frayer une nouvelle route. Ce sont des raisons qui me paraissent devoir entraîner des convictions peu favorables à la théorie du chirurgien de Lausanne, auquel, d'ailleurs, l'on ne saurait contester un véritable talent.

Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit du procédé de M. Malgaigne, qui ne nous paraît pas pouvoir obtenir une compression assez exacte de l'orifice interne du canal herniaire, et qui, selon nous, doit fatiguer le cordon testiculaire.

Ainsi, nous le répétons encore, pour obtenir la cure radicale des hernies réductibles, il ne suffit pas d'obtenir l'oblitération de l'orifice externe du canal herniaire ou une inflammation adhésive en face de cette ouverture ; il faut encore que l'orifice interne de ce canal soit fermé également. Pour arriver à ce résultat, comme l'a observé Ambroise Paré, il faut obtenir le développement d'un tissu solide qui obstrue complètement le passage : ce qui ne peut arriver tant que la hernie conserve encore un accès facile, dans toute ou dans une partie de l'ouverture herniaire.

Il n'existe donc réellement aucun moyen sur lequel l'on puisse compter sûrement, pour obtenir la cure radicale des hernies inguinales et crurales susceptibles de réduction, surtout de celles qui s'observent chez les individus avancés en âge, et de celles qui sont anciennes et volumineuses. Plusieurs des méthodes dont

nous venons de nous occuper, ont sans doute réuni en leur faveur quelques résultats primitifs; mais des récidives sont venues plus tard, le plus souvent, détruire toutes les espérances. Pour qu'une méthode opératoire soit admissible, il faut que les succès soient assez nombreux et les avantages assez réels, pour l'emporter de beaucoup sur les chances de revers, ou pour prévaloir sur les inconvénients et les dangers de la maladie elle-même. C'est ce que nous ne saurions reconnaître ici, puisque aucun des moyens proposés n'a eu pour effet la compression de toute l'étendue du canal herniaire et son oblitération complète.

Le bandage ordinaire, qui a subi depuis peu d'importantes améliorations, quoique simple palliatif, doit donc être encore considéré comme le secours le plus rationnel que l'on puisse proposer aux malades qui sont atteints de hernies inguinales et crurales, susceptibles de réduction. Ce secours, en effet, présente le moins d'inconvénients.

Cette vérité, toute démontrée qu'elle me paraisse par l'expérience et par la théorie, ne doit pas cependant paralyser l'envie louable

de procéder à de nouvelles expérimentations et à de nouvelles recherches. Elle prouve seulement que quelques personnes se sont trop hâtées de conclure en faveur de certaines méthodes, auxquelles elles ont attribué les honneurs d'une cure radicale. Sachons aussi reconnaître que la maladie qui nous occupe, survient et s'accroît souvent sous l'influence de certaines causes, contre lesquelles il est difficile de lutter avec avantage. Le plus souvent c'est une prédisposition individuelle : chez un très-grand nombre d'individus, c'est l'exercice d'une profession contraire, ou des habitudes vicieuses.

Νόμος μὲν παντα κρατυνεί (Hip. de gen.)

Lex quidem omnia vincit.

J'aime toutefois à m'associer aux espérances de M. le Rapporteur de la Commission de la Société de Médecine de Toulouse, qui s'exprime ainsi sur cette partie de mon travail. « Ces diverses conclusions, qui sont, selon « nous, parfaitement déduites, et qui expri- « ment très-bien les croyances scientifiques « de l'époque actuelle, seront un jour modi-

« fiées ; trop de chirurgiens capables travail-
« lent en ce moment au perfectionnement de
« ce point chirurgical ; ils parviendront, c'est
« du moins notre espérance, à surmonter les
« difficultés qu'on n'a pas pu vaincre en-
« core. »

TABLE.

Considérations générales 5
Plan et division de ce travail. 8

PREMIÈRE PARTIE.

Moyens employés pour guérir les hernies inguinales et crurales, réductibles. 10
Moyens opératoires. 11
La castration. . . . . *ibid.*
La suture royale. 12
Le point doré. . . . . *ibid.*
La cautérisation. 13
L'opération de la hernie. 14
Méthode de M. Belmas. 15
Méthode de M. Bonnet. 17
Procédés de M. Mayor. 19
Topiques irritants ou astringents aidés ou non de la compression ,employés pour guérir les hernies.. 21
Procédé de M. Baumon. 22
Procédé de M. Malgaigne. 29

DEUXIÈME PARTIE.

Examen de la question sous le rapport théorique. 33
Quelques mots sur le canal crural, et sur le canal inguinal.. . . . . *ibid.*
Ressources de la nature pour guérir les hernies. 35
Moyens propres à aider la nature dans ce travail. 37
Le repos dans le lit. 38
Le bandage ordinaire ou brayers. . . . . *ibid.*
Causes du défaut de résultats obtenus par les méthodes employées jusqu'à ce jour. 39
Conclusions. 42